

**Prendre en main le problème d'encombrement dans les services
d'urgence du Canada**

L'Association canadienne des médecins d'urgence

Le 16 juin 2005

Analyse de la situation

En 2004, les premiers ministres du Canada ont décidé d'un *Plan décennal pour consolider les soins de la santé*, affirmant que d'améliorer l'accès aux soins et de réduire les temps d'attente sont une préoccupation nationale et une priorité claire. Les médecins et les gouvernements provinciaux du Canada ont franchi certaines premières étapes importantes afin de réduire les temps d'attente en commençant avec cinq domaines prioritaires qui comprennent les soins cardiaques, les soins contre le cancer, l'imagerie diagnostique, la restauration de la vue et les remplacements d'articulations.

L'Alliance sur les temps d'attente, composée de six groupes spécialisés, a été formée afin d'assister les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux dans l'identification de points de repère fondés sur des preuves pour des temps d'attente médicalement acceptables pour les cinq domaines prioritaires et pour fournir des conseils sur la mise en oeuvre de stratégies de réduction de temps d'attente.

Par l'entremise du Transfert canadien en matière de santé, le gouvernement fédéral s'est engagé à remettre 4,5 milliards de dollars au cours des six prochaines années au Fonds pour la réduction des temps d'attente. Selon les priorités juridictionnelles dans le cadre de l'Accord sur les soins de santé, les provinces et les territoires détermineront où seront répartis ces dollars. Dans le budget 2005, le gouvernement fédéral a annoncé 15 millions de dollars supplémentaires pour la réduction des temps d'attente.

Le travail sur la Stratégie de réduction du temps d'attente est en cours dans chacune des provinces. L'Accord sur les soins de santé a engagé les gouvernements fédéral et provinciaux à développer des points de repère fondés sur des preuves pour des temps d'attente médicalement acceptables pour les cinq domaines prioritaires d'ici décembre 2005. Les plans pluriannuels pour atteindre ces cibles doivent être en place d'ici mars 2007.

Ce qu'il manque dans la Stratégie de réduction du temps d'attente : Le besoin d'aborder la crise dans les services d'urgence du Canada

Le temps d'attente dans les services d'urgence du Canada est un problème de grande importance pour les Canadiennes et les Canadiens. Soixante-quatorze pour cent (74 %) des Canadiens ont indiqué qu'ils sont inquiets en ce qui concerne l'attente et la détérioration du service dans les services d'urgence. Le temps d'attente prolongé est une épidémie nationale au Canada et un problème continu dans les autres pays à travers le monde, y compris aux États-Unis. La cause principale des temps d'attente prolongés est l'encombrement des services d'urgence.

L'encombrement est le problème le plus sérieux auquel les services d'urgence du Canada doivent faire face ainsi qu'un problème très sérieux en ce qui concerne la santé du patient. L'encombrement se traduit par l'augmentation de la souffrance des patients, du temps d'attente prolongé, la détérioration des niveaux de service, et parfois, l'aggravation de la condition médicale ou même la perte de vie. À moins de prendre des mesures pour s'occuper efficacement de ce besoin, la santé des patients continuera à être compromise et il continuera à y avoir des décès qui auraient pu être évités.

De plus, les services d'urgence continuent d'être un point d'accès important au système de santé et, à ce titre, ils sont devenus un indicateur très visible de l'état général des soins de santé canadiens.

Les services d'urgence canadiens reçoivent 10 millions de visiteurs chaque année et l'opinion des Canadiens sur les temps d'attente est en grande partie déterminée par leurs expériences dans les services d'urgence.

Encombrement des services d'urgence – Crise de première ligne

L'encombrement est défini comme une situation dans laquelle la demande de services d'urgence dépasse l'habilité d'un service d'urgence à fournir des soins de qualité dans un délai médicalement acceptable.

La cause principale de l'encombrement est le manque de lits dans les salles communes et dans les unités de soins intensifs. Avec le manque de lits d'hôpitaux, les patients en surplus sont souvent « entreposés » dans les services d'urgence, créant ainsi une situation où les patients les plus malades sont privés de l'accès à des soins rapides. La capacité de lits réservés aux soins d'urgence est aussi considérablement affectée par les patients qui requièrent un « autre niveau de soins » (ANS), des patients qui pourraient être soignés à la maison, les manques de ressources pour les soins à la maison ainsi que le manque de lits pour les malades chroniques et les soins palliatifs. Ces patients monopolisent jusqu'à 20 % des lits d'hôpitaux réservés aux soins d'urgence et contribuent au problème d'encombrement des services d'urgence en empêchant l'admission de patients de l'urgence à des lits d'hôpitaux. En moyenne, un patient « entreposé » dans le service d'urgence bloque l'accès de quatre patients par heure au service d'urgence, contribuant ainsi directement aux temps d'attente prolongés et à la souffrance des patients.

Pendant la dernière décennie, le Canada a assisté à une diminution de quarante pour cent (40 %) de la capacité totale des lits d'hôpitaux attribuable à des coupures de financement du gouvernement. Les fermetures d'hôpitaux et de lits, ajoutées à une population de patients vieillissante et de plus en plus complexe ont créé une crise d'encombrement dans les services d'urgence à travers le pays.

Des études effectuées en Angleterre ont montré que les services d'urgence sont rarement encombrés quand le taux d'occupation des lits approche quatre-vingt cinq pour cent (85 %), mais qu'ils le sont invariablement quand l'occupation est de plus de quatre-vingt dix pour cent (90 %). La plupart des hôpitaux du Canada fonctionnent avec des taux d'occupation des lits de quatre-vingt-quinze pour cent (95 %). L'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) croit que si la capacité des lits pouvait être rétablie et que l'objectif d'arriver à une adéquation entre le niveau de soins et les besoins des patients et de placer le « bon patient » dans le « bon lit » était fixé, alors le problème des temps d'attente interminables et de l'encombrement serait en grande partie résolu.

Temps d'attente médicalement acceptables dans les services d'urgence du Canada

Les temps d'attente médicalement acceptables dans les services d'urgence canadiens ont déjà été identifiés et sont définis par l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG).

L'échelle a été développée par l'ACMU en 1998. Les objectifs de l'ETG sont de définir avec plus de précision les besoins des patient en soins rapides et de permettre aux services d'urgence d'évaluer le niveau d'acuité de ces besoins; leurs besoins en ressources et leur performance en prévision de certains objectifs d'intervention.

Lors de leur première admission au service d'urgence, les patients sont assignés à un niveau de triage basé sur l'urgence apparente du problème présenté. Les patients sont assignés à une des cinq catégories selon le niveau d'urgence et, chaque niveau comprend un temps de réaction fractile prévu qui indique le temps d'attente maximum pour ce type de problème.

L'ETG est actuellement utilisée dans environ quatre-vingt pour cent (80 %) des services d'urgence canadiens.

Les cinq niveaux de triage de l'ÉTG sont comme suit :

Niveau de l'ÉTG	Niveau de la maladie/gravité	Temps de réaction des infirmiers	Temps de réaction des médecins	Diagnostic sentinelle	Réaction fractile	Taux d'admission
Niveau 1	Réanimation	Immédiat	Immédiat	Arrêt cardiaque	98%	70-90%
Niveau 2	Imminent	Immédiat	<15 minutes	Douleur thoracique	95%	40-70%
Niveau 3	Urgent	<30 minutes	<30 minutes	Asthme modéré	90%	20-40%
Niveau 4	Moins urgent	<60 minutes	<60 minutes	Traumatisme mineur	85%	10-20%
Niveau 5	Non urgent	<120 minutes	<120 minutes	Rhume	80%	0-10%

Notes :

- En reconnaissance de grands changements dans la demande de soins et sachant que les idéaux ne peuvent pas toujours être atteints sans ressources illimitées, chaque niveau de triage se voit attribué un objectif de réaction fractile. Une réaction fractile est la proportion des consultations pour un niveau de triage donné où les patients avaient été classés dans le délai défini pour ce niveau par l'ÉTG. Une réaction fractile ne s'occupe pas de savoir si le délai absolu pour un individu est raisonnable ou acceptable.
- Ce qui signifie que même si un patient de niveau 2 devrait être vu dans un délai de 15 minutes, cela peut ne se produire que 95 % du temps. Même si l'objectif de délai pour les patients du niveau 5 est de deux heures, le fractile de 80 % signifie qu'à l'occasion, des patients peuvent attendre plus de six heures. Des erreurs d'évaluation des patients peuvent se produire lorsque les temps d'attente sont au-delà des temps de réaction recommandés.
- Le temps de réaction des médecins pour les niveaux 1 et 2 de l'ÉTG sont basés sur des observations scientifiques. Les temps de réponse des médecins pour tous les autres niveaux sont basés sur l'opinion et l'avis unanime de médecins experts ainsi que sur la supposition de conditions opérationnelles idéales.
- Les temps de réactions définis par l'ÉTG ne sont, en ce moment, que des lignes de conduite. Elles ne restent que des lignes directrices minimales non distinctes et non respectées pour la performance opérationnelle des services d'urgence canadiens.

Ne pas aborder le problème de l'encombrement et des temps d'attente des services d'urgence – Qu'est-ce qui est en jeu?

Jusqu'à ce que le problème de l'encombrement et des temps d'attente sur la ligne de front dans les services d'urgence canadiens soit abordé, l'ACMU croit que les Canadiennes et les Canadiens continueront à douter de la sécurité et de l'accessibilité de leur système de santé.

Peu importe les progrès qui sont faits dans les autres domaines en ce qui concerne le temps d'attente, si nous ne pouvons pas améliorer l'expérience des patients de première ligne, nous risquons alors de donner l'impression que les temps d'attentes ne sont pas abordés. La fréquence des reportages des médias concernant les ambulances déroutées, les longs temps d'attente et malheureusement, l'aggravation de la condition médicale ou même la perte de vie continueront à saper la confiance en notre système de santé.

L'ACMU croit que réussir à soulager l'encombrement des services d'urgence aidera à construire un dynamisme positif pour les autres réformes clés de la santé et démontrera une réforme significative pour améliorer les soins aux patients.

Le détournement des patients n'est pas le problème principal

Un des mythes les plus fréquents à propos de l'encombrement est le fait qu'il est causé par des gens qui optent pour une visite au service des urgences alors qu'ils pourraient être soignés ailleurs. Ce n'est tout simplement pas le cas. La réalité est que les services d'urgence peuvent traiter ces cas efficacement et à peu de frais différentiel, sinon aucun. Étant donné les coûts relativement fixes du fonctionnement d'un service d'urgence (installation, personnel, accès de 24 heures), les patients non urgents ne coûtent pas plus d'argent au système.

Les patients non urgents ne sont pas pertinents au problème d'encombrement parce qu'ils n'occupent pas de civières réservées à l'urgence, ils requièrent peu ou pas de soins infirmiers et ils ont habituellement des temps de traitement brefs. Dans son rapport sur le renouvellement des soins de santé primaires, l'Association médicale canadienne déclare sans équivoque que les initiatives de la santé publique visant à détourner les patients non urgents du service d'urgence n'auront aucune conséquence sur le problème de l'encombrement. De la même façon, l'étude sur l'encombrement par l'American College of Emergency Physicians montre que lorsqu'il y a plus de personnes dans les salles d'attentes, l'utilisation non urgente du service d'urgence n'a aucun effet sur la zone de traitement.

Les services d'urgence fournissent aussi un important accès aux soins aux personnes dans le besoin. En déplaçant ces patients dans d'autres centres de soins primaires, des frais supplémentaires seront encourus.

Solutions et facteurs de succès cruciaux

L'ACMU croit que l'échelle de l'ÉTG est déjà reconnue comme LA norme des temps d'attente médicalement acceptables dans les services d'urgence canadiens. L'ACMU recommande fortement que l'échelle soit adoptée par les gouvernements fédéral et provinciaux et incorporée dans la Stratégie nationale de réduction du temps d'attente.

Tous les hôpitaux n'ont pas incorporé l'ÉTG dans la gestion de leurs soins d'urgence. Comme première étape de la mise en œuvre, chaque juridiction doit s'assurer que l'échelle de l'ÉTG est utilisée dans tous les hôpitaux. Dans beaucoup d'hôpitaux, il n'y a pas de système informatisé commun pour enregistrer les interventions du service d'urgence. L'ACMU recommande que chaque juridiction s'assure que les systèmes soient mis en place afin d'enregistrer le temps d'attente selon l'échelle de l'ÉTG.

L'ACMU recommande aussi que chaque juridiction crée des groupes de travail afin d'examiner et d'aborder les défis en répondant aux normes de l'ÉTG pour toutes les visites au service d'urgence. Cela comprend déterminer le nombre de lits d'urgence supplémentaires requis dans chaque hôpital et dans la communauté, les problèmes de ressources humaines, les normes opérationnelles minimales pour les services d'urgence et les autres facteurs.

Points de repère et indicateurs

Dans la plupart des services d'urgence du Canada, il y a déjà des indicateurs et des points de repère en place afin de suivre de près l'activité du service d'urgence. La base de données a été développée par le National CTAS working group et le Canadian Emergency Department Working Group (CEDIS). Les normes ont été établies et la collecte des données peut commencer. Le temps de triage, le temps des soins infirmiers, le temps des médecins, le temps d'admission et le temps de transfert à un étage sont tous des indicateurs de l'encombrement. Cette donnée est facilement récupérable et peut être utilisée comme point de repère lorsque des changements sont mis en place afin de remédier à l'encombrement du service d'urgence.

À propos de l'ACMU

L'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) est un organisme national d'assistance judiciaire et de développement professionnel qui représente 1 800 médecins d'urgence du Canada. La mission de l'ACMU est de fournir une gestion des soins de santé d'urgence avec comme objectif d'améliorer la santé et la sécurité pour tous les Canadiens et Canadiennes.

Information personne-ressource

Dr Andrew Affleck
Président, ACMU
Tél : (807) 624-4839
afflecka@shaw.ca

Dr Alan Drummond
Président, comité des
relations publiques, ACMU
Tél : 613 267-6222

Mme Valoree McKay
Directrice générale, ACMU,
Tél : 613 523-3343, poste 15
execdir@caep.ca drummond@perth.igs.net